ROK III.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE

poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej.

REDAGOWANE I WYDAWANE

przez

Dra J. K. Wiktora

we Lwowie.

Zeszyt szósty.

SPIS RZECZY.

LWÓW.

CZCIONKAMI DRUKARNI LUDOWÉJ

pod zarządem Stanisława Baylego.

1889.

Rok III. Lwów w Grudniu 1888. Nr. 6.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE
poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej.

Wychodzi raz na miesiąc w zeszytach objętości przeszło dwóch arkuszy.
Prenumerować można rocznie lub półrocznie.
Przedpłata wynosi wraz z przesyłką pocztową:
W państwie austryjackiem rocznie 3 złr. 50 ct.; półrocznie 1 złr. 75 ct.
W cesarstwie rosyjskiem rocznie 4 rs.; półrocznie 2 rs.
W cesarstwie niemieckiem rocznie 8 marek; półrocznie 4 marek.
We Francyi, Szwajcaryi, Włoszech, Serbii, Turcyi, Belgii etc. rocznie 12 fr.; półrocznie 6 fr.
Jeden zeszyt osobno kosztuje 50 ct.
Należytość najdogodniej przesyłać przekazem pocztowym.

Redakcyja i administracyja „Wiadomości lekarskich" we Lwowie przy ulicy Żółkiewskiej Nr. 8.
Wszystkie korespondencyje, reklamacyje, przesyłki etc. dotyczące redakcyi i administracyi, uprasza się adresować do Dra J. K. Wiktora we Lwowie przy ulicy Żółkiewskiej Nr. 8.
Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Ogłoszenia przyjmuje wyłącznie redakcyja i administracyja za opłatą 12 cnt. od miejsca 1 wiersza bardzo drobnym drukiem (nonpareille); dołączenia zaś za opłatą każdorazowo umówioną.
Listów nieopłaconych redakcyja i administr. nie przyjmuje.

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY I WYDAWCA Dr. J. K. WIKTOR.

Przyczynek do mechanicznego leczenia **rzeżączki przewlekłéj**

(Odczyt miany na V-tym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, w sekcyi dla dermato i syfilido-logii).

podał
Dr. Karol Szadek
z Kijowa.

Poruszając w gronie Szanownych Panów przedmiot leczenia przewlekłéj rzeżączki, nie mam bynajmniej na celu zalecania nowego środka lub rękoczynu dla zwalczenia téj uporczywéj choroby, w którój zawodzi często i bezskutecznym się okazuje cały arsenał rozmaitych leków i chirurgicznych zabiegów. Ośmielam się do przedstawienia Szanownym Kolegom wyników, jakie otrzymałem w mej praktyce prywatnej w ciągu ostatnich lat z użycia wprowadzania systematycznego do cewki schorzałej zgłębników metalowych maściowych.

Nie będę tutaj omawiał obszernej zresztą literatury, dotyczącej sprawy leczenia rzeżączki zapomocą zgłębników, gdyż na to nie pozwala nam obecnie brak czasu, — zamierzam przytoczyć tylko przepomniany przez nowsze podręczniki i monografije szereg imion autorów dawniejszych, którym, właściwie mówiąc, zawdzięczamy wprowadzenie w użycie mechanicznego leczenia rzeżączki przewlekłéj za pomocą użycia zgłębników metalowych. Są to imiona: *Macneégo*,[1])

---

[1]) Lancet. 1833.

Pincotta[2]), *Dicka*[3]) *i Montaniera*[4]). Doświadczenia późniejszych autorów, jak: *Unny*,[5]) *Grünfelda*,[6]) *Horovitza*,[7]) *Caspera*,[8]) *Teltza*,[9]) *von-Plannéra*,[10]) *Appela*[11]) i *Sperlinga*[12]), wprowadziły nieznaczne zmiany i modyfikacyje do metody mechanicznej leczenia rzeżączki, której główne zasady utrwalonemi już były w r. 1858 przez Dicka.

Opuszczając tedy literaturę omawianego przedmiotu, a przechodząc do rzeczy właściwej, uważam przedewszystkiem za potrzebne opisanie w krótkości stosowanej przezemnie metody, tudzież dołączenie kilku uwag, dotyczących wskazań i przeciwwskazań do używania zgłębników metalowych maściowych w przypadkach rzeżączki.

Posługiwałem się dotychczas zgłębnikami Beniquégo, sporządzonymi z cyny i odpowiednio do kierunku cewki moczowej zakrzywionymi;. owe zgłębniki Beniquégo, jako dość ciężkie i łatwo mogące przybierać przy zgięciu dowolne skrzywienie, są zdaniem mojem odpowiedniejszymi od zgłębników z innego metalu sporządzonych. Długość zgłębników wynosi 11 ctm. (w części zakrzywionej). Przed wprowadzeniem zgłębnika do cewki moczowej poddawałem takowy starannej desinfekcyi, następnie pokrywałem powierzchnię zgłębnika maścią Unny lub Sperlinga. (Skład pierwszéj jest następujący: Ol. cacao 100,0; Cerae flavae 2,0—5,0; Arg. nitrici 1,0; Bals. peruv. 2,0; w maści zaś Sperlinga zamiast Ol. cacao i balsamu peruwijańskiego przychodzi Lanolin w ilości 20,0 na 4,0 wosku białego i 0,1—0,3 azotanu srebra). Oznaczoną maść poprzednio się ogrzewa, przez co takowa przechodzi w stan gęsto płynny; wtedy zgłębnik zanurza się w tej gęstej cieczy, po chwili wyjmuje się go i wnet potem ciecz owa na powierzchni zgłębnika zastyga.

Nie będę się tu wdawał w bliższe szczegóły wprowadzania zgłębników do cewki moczowej, muszę jednak nadmienić, iż w przypadkach przewlekłéj rzeżączki, z siedliskiem cierpienia w głębokim odcinku cewki, wprowadzałem zgłębnik zawsze głęboko, aż po za zwieracz wewnętrzny, lub nawet do samego pęcherza; li tylko w przy-

---

[2]) Schmidt's Jahrbücher. XXIX. pag. 46.

[3]) H. Dick. Gleet; its. Pathology and treatment. London. 1858.

[4]) Gazette des hopiteaux. 1863. 70. 72.

[5]) Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1884. 11; Therapeutische Monatshefte. 1887. 5. 6.

[6]) Centralblatt für gesammte Therapie. 1884, 4.

[7]) tamże. 1884. 7.

[8]) Berliner klin. Wochenschrift. 1885. 47.

[9]) tamże. 1886. 24.

[10]) Monatshefte für praktische Dermatologie. 1887. 6.

[11]) tamże. 1887. 7.

[12]) Therapheutische Monatshefte. 1887. 7. 9.

padkach, gdzie sprawa chorobowa umiejscowiona była w odcinku jamistym cewki, doprowadzałem koniec zgłębnika zaledwie do zwieracza wewnętrznego. Jakkolwiek niektórzy autorowie (Dick, Otis i inni) ostrzegają przed głębokiem wprowadzaniem zgłębnika do pęcherza moczowego przy leczeniu rzeżączki, to jednak przyznać należy, iż obawa ta niekoniecznie jest uzasadnioną i przy pewnej wprawie i zachowaniu ostrożności, głębokie wprowadzenie zgłębnika nie wywołuje żadnych szkodliwych następstw, jak o tem niejednokrotnie się przekonałem. W moich przypadkach wprowadzanie zgłębnika metalowego do pęcherza moczowego zawsze chorzy dobrze znosili i nie pociągało za sobą złych skutków; przeciwnie, dostrzegałem nieraz, iż niegłębokie wprowadzenie zgłębnika z zatrzymaniem go w opuszkowej części cewki, drażniło chorego i źle było znoszonem, zgłębnik zaś często się wysuwał i posiedzenie wypadało przerwać i znów rozpoczynać, co naturalnie wywoływało niepotrzebne podrażnienie cewki moczowej. Stanowczo tedy muszę przemówić za głębokiem wprowadzaniem zgłębnika metalowego w przypadkach rzeżączki przewlekłej.

Wprowadziwszy zglębnik do cewki, pozostawiałem go 3—5 minut przy pierwszem posiedzeniu, przy późniejszych posiedzeniach przedłużałem stopniowo aż do 15—20 minut. Jakkolwiek pierwsze wprowadzenie zgłębnika wywołuje przykre uczucie u niektórych osób nerwowych, gdyż powstają zwykle skurcz i ból w cewce moczowej, to jednak następne już posiedzenia są znośnemi, bóle i skurcze ustępują, chorzy zachowują się spokojniej, a zgłębnik też najswobodniej i bez oporu ze strony mięśni daje się aż do pęcherza doprowadzić. W obec tej okoliczności, iż dłuższe pozostawanie zgłębnika w cewce pociąga za sobą lepsze skutki lecznicze, niekorzystnym czynnikiem jest podwyższona czułość cewki, którą spostrzegamy u niektórych chorych. W takich okolicznościach wypada często już po kilku minutach przerwać posiedzenie i zgłębnik wyjąć, gdyż występuje miejscowe podrażnienie, parcie na mocz i wzwód członka (erectio). W podobnym przypadku dobrze jest przed wprowadzeniem zgłębnika wstrzyknąć do cewki 3—5% rozczyn kokainu.

W przypadkach rzeżączki przewlekłej wystarcza zwykle do użycia szereg zgłębników metalowych od Nr. 18 — 30 Charriere'a; rozpoczyna się leczenie numerem, który bez wielkiej przeszkody i podrażnienia można do cewki wprowadzić; następnie używa się stopniowo coraz grubszych numerów. Posiedzenia odbywają się co dwa lub trzy dni. Częstsze wprowadzanie zgłębnika, jak to w r. 1885 zalecał Unna, nie jest korzystnem w chorobach zapalnych cewki moczowej, gdyż otrzymujemy wtenczas zanadto wybitne objawy podrażnienia, możemy więc wywołać ostrą rzeżączkę, nie mówiąc już o innych po-

wikłaniach, jak: zapalenie przyjądrza, gruczołu krokowego i t. p. Codzienne wprowadzanie zgłębników stosowałem li tylko w atonicznych i bardzo zadawnionych postaciach rzeżączki; w łagodniejszych postaciach choroby i w świeższych przypadkach rzeżączki przewlekłéj, wystarcza zazwyczaj 4—6 posiedzeń do usunięcia objawów; w takich przypadkach posługiwałem się zwykle Nr. 20—22 Charriére'a. W przeważnej zaś liczbie przypadków rzeżączki nie mogłem poprzestać na wprowadzeniu niewysokich numerów, natomiast za przykładem Otisa używałem grubszych numerów, dochodząc niekiedy nawet do 28 — 30 Charriére'a. Rozchodziło się tu o przypadki zastarzałej i uporczywej rzeżączki, ze znacznem zgrubieniem w tkance łącznej podśluzowej. U chorych zaś, u których zwężony otwór cewki nie przepuszczał grubszych numerów, rozszerzalem go, rozcinając w kierunku do wędzidła zapomocą bistura lub nożyc.

Co się zaś dotyczy poszczególnych przypadków przewlekłej rzeżączki, w których używałem zgłębników metalowych maściowych, nie będę ich tutaj opisywał, gdyż zajęło by to wiele czasu — nadmienię tylko, iż — przy używaniu z początku zgłębników metalowych w rozmaitych postaciach przewlekłej rzeżączki, nie mogłem nic do strzedz, iż leczenie mechaniczne, w wielu przypadkach przynoszące korzyści, w niektórych innych postaciach rzeżączki, nie daje wcale pomyślnych wyników. Chcąc zaś wyróżnić postacie rzeżączki, nadające się do leczenia mechanicznego zgłębnikami, wypada przedewszystkiem zdać sobie sprawę z działania leczniczego, jakie mogą wywierać zgłębniki metalowe na chorą cewkę. Głównem działaniem takowych będzie wywieranie mechanicznego ucisku na błonę śluzową i podśluzową cewki moczowej i rozszerzenie zwężonych okolic ostatniej; obok tego działa tu zgłębnik jako alterans na zwyrodniałe tkanki. W następstwie powtarzanego ucisku wywolujemy podrażnienie odczynowe w tkankach cewki, przewlekła więc sprawa chorobowa przyostrza się nieco; — w skutek ucisku przekrwionej biernie błony śluzowej, polepszają się warunki krążenia w cewce, a podrażnione końce nerwów utracają nadmierną czułość, Wymienione okoliczności nie są bez doniosłości dla przebiegu cierpienia. Skutek więc ucisku wywołanego za pomocą wprowadzania zgłębników metalowych do cewki moczowej, powinien być pomyślnym w przypadkach przewlekłej rzeżączki zadawnionej, szczególnie jednak tam, gdzie światło cewki jest nieco zwężonem w następstwie obrzmienia tkanek. Wprowadzając zaś na zgłębniku rozmaite maście, możemy bezpośrednio działać ściągająco lub żrąco na zmienione chorobowo okolice cewki.

Przytoczymy tu poszczególnie główniejsze postacie rzeżączki,

w jakich leczenie zgłębnikami metalowymi maściowymi jest według mego doświadczenia korzystnem i wskazanem:

1) Najpomyślniejsze wyniki otrzymujemy przy stosowaniu zgłębników metalowych maściowych w przypadkach rzeżączki przewlekłej, znamionującej się obrzmieniem błony śluzowej i tkanki łącznej podśluzowej; w wymienionej postaci chorobowej, w skutek nacieku komórkowego powstają wzdłuż cewki obrzmienia ścian tej ostatniej, najczęściej rozsiane, rzadziej rozlane. Obrzmienia te sprowadzają zwykle w następstwie zwężenia cewki moczowej (strictura). Siedlisko choroby najczęściej bywa tu w głębokim odcinku cewki lub w opuszce usadowione, wydzielina zaś śluzowa i skąpa.

2) Nadaje się też do leczenia mechanicznego zgłębnikami, zapalenie cewki moczowej z biernem przekrwieniem naczyń, ze zwątleniem tkanek, powikłane z rozmaitemi zaburzeniami nerwowemi; w postaciach wzmiankowanych rzeżączki, stosowanie zgłębników metalowych maściowych daje pomyślne wyniki.

3) Stosowanie zgłębników maściowych zalecić też można i w innych, wyżej nie wzmiankowych postaciach rzeżączki, jeśli takowa nie daje się usunąć przez użycie innych środków i zabiegów leczniczych. Z własnego doświadczenia wychodząc, muszę się zgodzić z Dickem, który powiada, iż przytrafiają się niekiedy przypadki rzeżączki przewlekłej, — niepowikłanej wcale z obrzmieniem, zgrubieniem lub jakiem zboczeniem (déviation) cewki moczowéj, — w których zdawało by się, iż nie można się spodziewać korzyści od mechanicznego leczenia zgłębnikami metalowymi, a jednak użycie takowych daje pomyślne wyniki; inne zaś zabiegi i środki lecznicze chybiają zwykle celu.

4) Oprócz przewlekłej rzeżączki bardzo się nadają do leczenia zgłębnikami rozmaite zaburzenia nerwowe cewki moczowej, byle tylko nie były ośrodkowego pochodzenia — mianowicie, tak zwana niedomoga płciowa, szczególniej zaś wikłająca się z przekrwieniem i nadczułością przewodów nasiennych (colliculi seminales) i głębokiego odcinka cewki. W istocie doświadczenia Feibesa, Sperlinga i innych autorów, stwierdzają skuteczność leczenia zgłębnikami metalowymi w wymienionych wyżej zajęciach chorobowych cewki i zachęcają do użycia takowych.

Co się zaś tyczy przeciwwskazań do użycia metalowych zgłębników, te są następujące: wszystkie postacie i odmiany ostrej rzeżączki i nieżytu pęcherza moczowego, niektóre postacie rzeżączki przewlekłej, odznaczające się obfitą wydzieliną ropną i czułością w tylnym odcinku cewki moczowej; — leczenie zgłębnikami metalowymi nie jest także korzystnem przy zapaleniu tylnegó odcinka cewki, powikłanem z za-

paleniem gruczołu krokowego, przyjądrza i t. d.; w przypadkach rzeżączki ze skąpą wydzieliną ropną, w których badanie wziernikiem wykaże obecność rozsianych nadżerek lub ziarninowych, łatwo krwawiących wyrosli, leczenie mechaniczne winno być poprzedzonem przez użycie środków ściągających lub przyżegadeł, co należy uskuteczniać drogą endoskopową. Dopiero po zagojeniu nadżerek i po usunięciu narośli ziarninowych, możemy przystąpić do leczenia mechanicznego zgłębnikami metalowymi, celem usunięcia zapomocą tego sposobu pozostałych obrzmień błony śluzowej cewki moczowej.

Przed rozpoczęciem jednak leczenia mechanicznego rzeżączki, winniśmy we wszystkich przypadkach nie zaniedbywać dokładnego zbadania cewki, posługując się w tym celu zgłębnikiem guziczkowym (Knopfsonde) i wziernikiem (endoskop); należy nadto zbadać dokładnie mocz drobnowidowo i chemicznie, ewentualnie także osady moczu, bo tylko wtedy możemy uniknąć możliwych błędów rozpoznawczych, do jakich mogą dać powód niektóre zawilsze przypadki, o czem nas pouczają przypadki ogłoszone przez *Rosenthala*[13]), *Grünfelda*[14]) i *Krausa*[15]), w których rozchodzić się miało o wrzekomą rzeżączkę przewlekłą, za czem wszystkie objawy przemawiać się zdawały, tymczasem dokładniejsze zbadanie cewki moczowej za pomocą wziernika wykazało obecność narośli na błonie śluzowej cewki, a po usunięciu operacyjnem takowych, wszystkie objawy wrzekomej rzeżączki zaraz i bezpowrotnie ustąpiły.

Leczenie mechaniczne rzeżączki zgłębnikami metalowymi maściowymi, nie powinno być dalej używanem u osób bardzo nerwowych i osłabionych, szczególnie u chorych dotkniętych nadmierną czułością dróg moczowych, u których po założeniu zgłębnika do cewki występują zaraz dreszcze, omdlenie i inne niebezpieczne objawy ogólne. Należy zawsze wprowadzać zgłębnik przy poziomem położeniu chorego, a to w celu uniknięcia omdlenia, — po posiedzeniu zabraniamy choremu przez kilka godzin ruchu a polecamy natomiast o ile można największy spokój.

Po tym informacyjnym ustępie, niech mi będzie wolno podać jeszcze krótkie streszczenie wyników, jakie otrzymałem przy stósowaniu leczenia mechanicznego metalowymi zgłębnikami w przypadkach przewlekłej rzeżączki.

Ilość przypadków, leczonych przezemnie, w opisany wyżej sposób, dosięga 30tu, co w stosunku do liczby wszystkich chorych z rzeżączką przewlekłą, leczonych w ciągu tegoż czasu przezemnie, wynosi $^1/_4$ część.

---

[13]) Berliner klinische Wochenschrift. 1884. 23.

[14]) Wiener medizinische Presse. 1885. pag. 1189—1191.

[15]) Internat. klinische Rundschau. 1887. 15. 17.

Z pomiędzy 30 chorych leczonych zgłębnikami, w 3. przypadkach nie otrzymałem wcale pomyślnego wyniku; rozchodziło się tu w 2ch przypadkach o bardzo zadawnioną rzeżączkę, powikłaną z uporczywem zajęciem pęcherza moczowego; w trzecim miałem do czynienia z bardzo długotrwałem cierpieniem, usadowionem w opuszce i połączonem z naroślami ziarninowemi. W pozostałych 27miu przypadkach skutek mechanicznego leczenia zgłębnikami metalowymi maściowym okazał się bardzo korzystnym, gdyż w 18. przypadkach cierpienie zostało usuniętem (w 11. przypadkach bez pomocy innych środków, w 7. zaś przypadkach leczenie mechaniczne uzupełniono stosowaniem rozmaitych ściągających leków). W 9ciu zaś pozostałych przypadkach nastąpiło znaczne polepszenie w stanie chorego, gdyż towarzyszące objawy ustąpiły, pozostała tylko nieznaczna, czasem powracająca wydzielina śluzowa.

Wprowadzania zgłębników metalowych do cewki moczowej używałem także w innych cierpieniach cewki, mianowicie w 5ciu przypadkach astenii płciowej, w nasieniotoku i niemocy płciowej (impotentia incompleta); systematyczne przez dłuższy czas dokonywane wprowadzanie do cewki moczowej grubszych zgłębników metalowych (Nr. 20 – 25 Chariér'a), dało mi w przypadkach wyżéj wymienionych bardzo pomyślne wyniki.

Co się dotyczy długości okresu czasu potrzebnego dla przeprowadzenia systematycznego leczenia mechanicznego w chorobach cewki moczowej, muszę zaznaczyć, iż dokładne, ściślejsze oznaczenie takowego jest dość trudnem przed rozpoczęciem leczenia, nawet w obec postawionej już dyjagnozy. W ogólności musimy powiedzieć, iż rzeżączka przewlekła jest cierpieniem nadzwyczaj uporczywem i leczenie takowej wymaga bardzo wiele wytrwałości i cierpliwości ze strony tak lekarza jak i chorego dotkniętego tem cierpieniem. Najczęściej potrzeba dość wiele czasu użyć na wprowadzenie potrzebnej seryi zgłębników metalowych, gdyż niejednokrotnie 2 – 3 razy musimy przerywać leczenie z tego lub innego powodu, szczególnie zaś tyczy się to chorych przychodnich, którzy niekoniecznie ściśle stosują się do przepisów lekarza i nierzadko pozwalają sobie rozmaitych nadużyć w czasie trwania leczenia, w skutek czego występuje u nich pogorszenie stanu chorobowego, wymagające przerwania mechanicznego traktowania. Rzadko się mi udawało usunąć objawy rzeżączki przewlekłej, w krótszym okresie czasu, najczęściej dopiero w okresie 1—2 miesięcy czasu leczenie odniosło skutek, — w kilku zaś uporczywych przypadkach rzeżączki musiano nawet powtarzać cały kurs leczenia, albowiem wystąpił nawrot cierpienia. Szkodliwych następstw przy stosowaniu zgłębników metalowych maściowych nie dostrzegałem, z wyjątkiem chyba jednego

przypadku przewlekłej rzeżączki części opuszkowej i tylnego odcinka cewki, w którym już za 3iem posiedzeniem wystąpiły u chorego objawy zapalenia przyjądrza; cierpienie wymienione ustąpiło jednak następnie zupełnie po 2 tygodniach.

Zestawiając na zakończenie wyniki mego, aczkolwiek dotąd szczupłego doświadczenia, jakoteż wziąwszy pod uwagę spostrzeżenia innych autorów, wypada mi streścić moje zdanie co do wartości leczniczej zgłębników metalowych maściowych w następujący sposób:

a) Stosowanie zgłębników metalowych maściowych bardzo jest skutecznem, 1) w wielu przypadkach neurastenicznego zadrażnienia błony śluzowej prącia, 2) w wielu przypadkach przewlekłej rzeżączki, mianowicie gdzie znajdujemy tam obrzmienie błony śluzowej i podśluzowej (t. z. szerokie zwężenie cewki). Przez zakładanie bowiem w tych przypadkach rzeżączki zgłębników metalowych, rozszerzamy cewkę, usuwamy obrzmienia i zapobiegamy w ten sposób powstawaniu właściwych zwężeń cewki moczowej (Strictura urethrae).

b) W niektórych przypadkach przewlekłej rzeżączki, leczonej zapomocą wprowadzania zgłębników metalowych, należy przeprowadzić następnie uzupełniające leczenie, polegające na użyciu środków ściągających.

c) Leczenie rzeżączki zgłębnikami metelowymi maściowymi, w odpowiednich przypadkach zastosowane, nie pociąga za sobą żadnych szkodliwych następstw i przy zachowaniu pewnej ostrożności i antyseptycznem utrzymywaniu zgłębników, bardzo dobrze bywa znoszonem przez chorych.

d) Leczenie mechaniczne zgłębnikami pomocnem też bywa w niektórych przypadkach rzeżączki przewlekłej, nie znamionującej się wcale obrzmieniem tkanek; należą tu postacie rzeżączki atoniczne, lub powikłane z zaburzeniami nerwowemi części płciowyuh.

Podając do wiadomości Szanownych Kolegów moje spostrzeżenia, dotyczące używania zgłębników metalowych maściowych w niektórych chorobach cewki moczowej, miałem na celu zwrócenie uwagi na ową metodę leczenia, zasługującą, zdaniem mojem, na szersze cokolwiek niż dotąd zastósowanie w praktyce.

Szkice hernijologiczne

skreślił

Dr. Józef Bogdanik

Prymaryjusz szpitala powszechnego w Biały.

Jedna hernijotomija nierówną jest drugiej, jest to zdanie wypowiedziane już przez dawno zmarłych chirurgów. Rozmaitość ta czyni też tak zajmującym ten dział chirurgii. A że operacyją tą doszczętnie

usuwamy przyczynę choroby, nie czyniąc z chorego kaleki, a nawet częstokroć usuwamy kalectwo i człowieka już konającego napowrót oddajemy społeczeństwu, przeto nie można się dziwić entuzyjazmowi, z jakim się chirurgowie o tej operacyi wyrażali. Entuzyjazm ten hamować należy w obec nowszych sposobów opatrywania ran, pomyślnym skutkiem uwieńczony zabieg mimo to napawa nas zadowoleniem, a obniżeniem stopy śmiertelności antyseptyka tryjumf swój święci. Z wielu względów tedy usprawiedliwi czytelnik niniejszą rozprawkę, a końcowe zdania, wyrażone w rozprawce mego byłego prymaryjusza, profesora dra Obalińskiego, p. t. „Szkice hernijologiczne", uważam za zachętę.

---

1) J. M. ślusarz fabryczny, ma już od młodości wolną przepuklinę pachwinową po stronie lewej. Dnia 1 kwietnia 1883 nastąpiło uwięźnięcie a po beskutecznych usiłowaniach bezkrwawego odprowadzenia, chory poddał się operacyi dnia 10 kwietnia, której dokonałem z łaskawą pomocą kolegi Senfta. Dla uniknięcia powtarzań podaję tutaj, iż narzędzia leżą w 5% rozczynie karbolu, wzgórek łonowy cały i worek mosznowy, względnie srom się goli, do oczyszczania pola operacyjnego używam waty maczanej w rozczynie antyseptycznym, krwotok tamuję dokładnie a ile razy dotknąć się mam jelita, zanurzam poprzednio palce w proszku jodoformowym. Ranę szczelnie zaszywam, zostawiając sączek tylko wtedy, jeżeli się spodziewam wydzieliny. Do narkozy używam w równych częściach chloroformu i eteru.

Operacyja odbyła się w Starym Bielsku, w małej izdebce drewnianej chałupy, a po uśpieniu chorego dalsze skrapianie koszyczka powierzyłem akuszerce. Aż do otwarcia worka przepuklinowego, operacyja nie budziła szczególnego zajęcia, po otwarciu worka zaś uderzyła nas większa ilość wypływającej wody przepuklinowej (około 150 grm.) a pętlę jelita wymacać można było dopiero na 10 ctm. powyżej więzu Pouparta, ku kolcowi górnemu przedniemu (spina anterior superior). W tym kierunku też przeciąłem części miękkie nożyczkami a następnie naciąłem również nożyczkami pierścień przepuklinowy. Pętla uwięźniętego jelita była 6 ctm. długą. Ściany jej mocno zgrubiałe, czarne lecz połyskujące. Przy obmacaniu jelita powstała szczelinka zaledwie dostrzegalna, z której wypłynęło nieco cieczy cuchnącej kałem. Obmywszy dokładnie pole operacyjne kwasem karbolowym, resekowałem worek przepuklinowy, podwiązawszy go poprzednio catgutem. Ranę zdrenowaną zaszyłem catgutem i opatrzyłem jodoformem.

Po operacyi chory miał się dobrze. Trzeciego dnia był stolec i odtąd pojawiał się regularnie. Piątego dnia podniosła się ciepłota do 38·5° C., zdjąłem przeto opatrunek. Brzegi rany nie były zlepione, a z głębi wydobywała się ropa czarnawa, nie cuchnąca. Zdjąłem przeto

szwy i odtąd opatrywałem codziennie, potem co drugi dzień jodoformem, używając do zmywania rany chlorku zynkowego 5%. Dnia 27 kwietnia była rana pokryta zdrową ziarniną, spoiłem tedy ranę powtórnie. Szwy już czwartego dnia można było odjąć. Brzegi skóry były zlepione, pozostały tylko tu i owdzie drobne miejsca nie zabliźnione. Z początkiem maja załatwiał już operowany drobne czynności domowe.

2) J. M. majster fabryki sukna w Bielsku, lat 54, cierpi od kilku lat na przepuklinę pachwinową po stronie prawej, którą zawsze z łatwością odprowadzał i nosił opaskę. Przypady uwięźnięcia od trzech dni. Po wyczerpaniu innych sposobów, przystąpiłem z kol. Senftem do operacyi w dniu 13 stycznia 1884. Pierścień przepuklinowy w tym przypadku i w następnych przeciąłem hernijotomem, po odprowadzeniu jelita resekowałem podwiązany catgutem worek przepuklinowy, poczem zaszyłem ranę bez założenia sączka. Stan po operacyi był bezgorączkowy. Dnia trzeciego nastąpiły obfite wypróżnienia. Dnia 17 stycznia zmieniłem opatrunek po raz pierwszy i usunąłem szwy powierzchowne. Rana przeważnie zagojona przez rychłozrost, bez kropli ropy. Dnia 21 stycznia drugi raz zdjąłem opatrunek, usuwając resztę szwów. Rana zabliźniona z wyjątkiem jednego miejsca wielkości ziarnka soczewicy. Przyłożyłem tylko nieco waty karbolowej i pozwoliłem chodzić choremu z opaską. W nocy z dnia 27 na 28 stycznia dostał chory silnego napadu kaszlu z utratą przytomności, to jednak minęło bez jakiegokolwiek wpływu na bliznę pooperacyjną.

3. P. H. parobek 23 letni, ma od kilku lat wolną przepuklinę pachwinową po stronie prawej. Dnia 20 lutego 1887 uczuł przy skoku znaczny ból w pachwinie prawej, a następnego dnia zgłosił się do szpitala powszechnego w Biały. W prawej pachwinie jest guz podługowaty, 8 cm. poniżej więzu Pouparta ku mosznom schodzący. Tętno nitkowate, 112 na minutę, ciepłota ciała 37·°C., gwałtowne wymioty. Dnia 22 lutego przystąpiłem do operacyi przy pomocy kolegów Senfta i Kupki. Po przecięciu skóry i powięzi powierzchownej (fascia, superficialis) ujrzałem na przedniej powierzchni worka przepuklinowego splot żylaków. Splot ten obszedłem na zewnątrz, kazałem go przytrzymać ku wewnątrz tępym hakiem, poczem naciąłem worek przepuklinowy, z którego wypłynęła jasna ciecz. Po rozszerzeniu otworu w worku przepuklinowym na zgłębniku rowkowanym, ujrzałem guz błyszczący, jasno żółty, elastycznej konsystencyi. Guz ten okazał się jako drugi worek przepuklinowy, mający nader cienką ścianę a treść galaretowatą. Cienki ten woreczek razem z treścią oddzieliłem palcami od pętli jelita, z którą był lekko zlepiony. Hernijotomem naciąłem teraz pierścień przepuklinowy a gdy nieco wyciągnięta pętla okazała się całkiem zdrową, odprowadziłem ją, resekowałem catgutem

podwiązany worek przepuklinowy, a ranę spoiłem jednym szwem płytkowym i powierzchownym z catgutu. Podczas operacyi podwiązałem cztery tryskające naczynia catgutem, do oczyszczania pola operacyjnego użyłem sublimatu 1‰. Wieczorem tegoż dnia uderzało tętno 96 razy na minutę, ciepłota ciała była 37·5° C., dwa płynne stolce, wymiotów nie ma. Podałem dwukrotnie po 10 kropel tinct. opii. Noc spędził chory dość dobrze. Tętno z rana 88, ciepłota 36·8° C. i dwa płynne stolce, poleciłem przeto dalej makowiec. Dnia 24 lutego zmieniłem nieco zwolniały opatrunek. Usunięcie szwów nastąpiło 28 lutego przy wtórnej zmianie opatrunku. Rana zagojona z wyjątkiem obu jej końców, na których ślad ropy. Dnia 4 marca trzecia zmiana opatrunku, choremu pozwala się chodzić. Dnia 6 marca wydziela się nieco ropy z dolnego końca rany. Przestrzykanie karbolem i mały sączek. Przestrzykiwania powtarzano codziennie, trzeciego dnia usunięto sączek, a 16 marca wypuszczono chorego z raną całkiem zagojoną.

4. Dnia 10 marca 1887 r. wezwał mnie kol. Grossmann do izraelitki F. S. w Bielsku, w wieku lat około 60 (dokładnie nie umie podać), cierpiącéj na przepuklinę udową po stronie prawej, uwięźniętą od dwóch dni. Bezkrwawe odprowadzenie się nie udało, przystąpiliśmy tedy natychmiast do operacyi. Operacyja poszła gładko, uwięźniętą była około 6 ctm. długa pętla jelita, a gdy ją po nacięciu pierścienia przepuklinowego nieco na zewnątrz wydobyłem, spostrzegłem krwawienie ściany jelita, krwią podbiegniętej na przestrzeni dużego ziarnka fasoli. Wymaczaniem tamponikami waty, (maczanej w rozczynie sublimatowym 1%), nie mogłem utamować sączenia krwi, spoiłem przeto otrzewnę ponad wynaczynieniem szwem z cienkiego catgutu, który to szew zacząłem i skończyłem o ½ ctm. poza wynaczynieniem. Na środjeliciu były jeszcze mniejsze podbiegnięcia krwią, pętla jelita jednak w całości zdrowa, jakkolwiek ze zgrubiałemi ścianami; odprowadziłem ją przeto, a po dokonanej resekcyi worka przepuklinowego catgutem podwiązanego, zaszyłem ranę jednym szwem płytkowym i szwem powierzchownym, zostawiając mały sączek, poczem, założyłem opatrunek jodoformowy. W następnych dniach wynosiła ciepłota ciała 36·7° C., 36·3°C. Dnia 15 marca usunąłem przy zmianie opatrunku sączek i szew płytkowy; rana aż do otworu, w którym tkwił sączek, była zagojoną. Dnia 18 marca pozwoliłem chorej przechadzać się z lekkim opatrunkiem, przylepcem przymocowanym, a 22 marca widziałem ją po raz ostatni, gdyż rana była całkiem zagojoną.

5) R. G. 48 letnia izraelitka, odbyła powozem dnia 21 czerwca 1887 r. pięciomilową drogę do Biały. Przybywszy na miejsce uczuła ból a wezwany lekarz Kupka znalazł przepuklinę udową po stronie prawej, a gdy usiłowanie odprowadzenia jej było bezskuteczne, wezwano

mnie wieczorem tegoż dnia. Ponieważ i obaj przepukliny odprowadzić nie zdołaliśmy, poddała się chora operacyi rano dnia 22 czerwca, a więc w niespełna 24 godzin po uwięźnięciu. Operacyja jakoteż odprowadzenie nie wielkiej pętli jelita odbyło się bez trudności. Po resekcyi podwiązanego worka przepuklinowego spoiłem brzegi jednym szwem płytkowym, dwoma węzełkowymi z jedwabiu i powierzchownym z catgutu. Ciepłota ciała, która przed operacyją wynosiła 37·5° C., obniżyła się wieczorem na 37·0° C., a następnego dnia na 36·6° C., i już się nie podwyższyła. Dnia 25 czerwca zmieniłem opatrunnk po raz pierwszy usuwając szew płytkowy i węzełkowe. Rana zagojona przez rychłozrost, a dnia 29 czerwca operowana zupełnie wyleczona wyjechała z Biały.

6) J. B. 37 letni robotnik fabryczny, ma od kilku lat małą przepuklinę pachwinową po stronie prawej. Dnia 15 sierpnia 1877 poczuł przy skoku, że mu coś pękło, dostał bolów i guz w pachwinie się zwiększył, nadto brak stolca i wymioty. Z cierpieniem tem udał się do bab, które usiłowały odprowadzić przepuklinę, co im się jednak nie udało; natomiast objętość guza się wzmogła a z nią i bóle. Dnia 17 sierpnia zgłosił się do szpitala. Wyraz twarzy cierpiący, tętno nikłe, 116 uderzeń na minutę, ciepłota 38·3° C. Od ujścia zewnętrznego kanału pachwinowego prawego ciągnie się ku mosznom guz kształtu gruszkowatego, mający od więzu Pouparta aż do szczytu 19 ctm. długości a obwód w najgrubszem miejscu 45 cm. Skóra jest mocno napięta, okazuje liczne wynaczynienia, miejscami jest popękaną i wydziela ciecz surowiczą, miejscami zaś znajdują się jużto krwią, jużto cieczą surowiczą napełnione pęcherze. Skóra na prąciu jest mocno obrzmiałą i ma liczne pęknięcia i podbiegnięcia krwią. Odgłos wypukowy na całym guzie jest stłumiony.

Wobec tego stanu nie kusiłem się na bezkrwawe odprowadzenie uwięźniętej przepukliny, lecz przystąpiłem natychmiast do operacyi przy łaskawej pomocy kolegów Reicha, Kupki i Senfta. Skórę przeciąłem bisturem brzuszatym od więzu Pouparta na 10 ctm ku dołowi, drążąc warstwami coraz głębiej. Potem wprowadziłem zgłębnik rowkowany ku dołowi, na nim przeciąłem części miękkie bisturem kończystym i w tem wypłynął płyn jasny, nie cuchnący, mający nieco mlecznej przymieszki, w ilości mniej więcej jednego litra. Pokazało się, że płyn ten, który pierwotnie za przepuklinowy uważałem, pochodził z jelita, przypadkowo skośnie przeciętego na przestrzeni 2 ctm. Ujrzałem tedy zwój zapadniętego jelita, którego ściana była zgrubiałą i krwią podbiegniętą. Z rany w jelicie tryskała drobna tętniczka. Zaszyłem teraz ranę w jelicie szwem drobnowarstwowym z cienkiego catgutu, poczem naciąłem hernijotomem pierścień przepuklinowy i tępo oddzie-

liłem lekkie przyczepiny worka przepuklinowego ze ścianą jelita. Miałem tedy przed sobą pętlę jelita przeszło jeden meter długą których powierzchnia połyskiwała. Tu i owdzie były na jelicie i na śródjeliciu podbiegnięcia krwi wielkości ziarnka grochu. Ogrzanym rozczynem sublimatu $^1/_2{}^0/_{00}$ oczyściłem ranę i odprowadziłem z dość wielkim trudem wypadnięte jelito napowrót do jamy brzusznej. Ranę zaszyłem szwem węzełkowym z catgutu i powierzchownym z jedwabiu, w dolnym końcu rany pozostawiłem sączek. W cztery godziny po operacyi tętno pełniejsze, uderzało 120 razy na minutę, ciepłota 37·8° C., lekkie bole brzucha, wiatry odchodzą, wymiotów nie było. Dnia 18 sierpnia tętno 120, ciepłota 38·8° C. Brzuch nieco bolesny przy dotykaniu, na opatrunku ślad krwi, wiatry odchodzą. Dnia 19 sierpnia pierwsza zmiana opatrunku. Na skórze moszen jako też prącia powierzchowne owrzódzenia bez ropy. Stan bezgorączkowy. Następnego dnia dwa stolce po olejku rącznikowym. Dnia 22 sierpnia wtóra zmiana opatrunku, powierzchowne szwy i sączek usunięto. Dnia 24 sierpnia trzeci opatrunek i usunięcie reszty szwów, rana zagojona z wyjątkiem otworu, w którym tkwił sączek. Choremu pozwalam chodzić. Dnia 27 sierpnia opatrunek przesiąknięty, z dolnej części rany, z otworu jeszcze nie zagojonego, oddzielają się strzępki zgorzelinowe. W otwór wstrzyknąłem zawiesinę jodoformu w glicerynie (1: 20), którą to czynność co kilka dni powtarzałem, a 17 września wypuściłem chorego zupełnie wyleczonego.

U tego chorego przypadkowo skaleczyłem jelito, gdyż przypuszczałem, że skóra będzie znacznie zgrubiałą, a w worku przepuklinowym obfita ciecz a może i krew. Do tego przypuszczenia uprawniały mnie wywiady, że początkowo mała przepuklina, w skutek rubasznego gniecenia przez baby wiejskie, przyjęła tak znaczne rozmiary. Niespodzianka ta nie miała jednak żadnych niekorzystnych następstw a nawet byłbym musiał naciąć ścianę jelita, chcąc tak wielką, płynem obfitym wypełnioną pętlę odprowadzić. (Dok. nast.)

WYSTAWA
higijeniczno-lekarska i przyrodniczo-dydaktyczna
we Lwowie
(od 18 do 26 lipca r. 1888).

(Ciąg dalszy)

GRUPA IV.
Higijena szpitali.

Grupa IV. pomieszczoną została w salce parterowej, tuż obok sali, w której mieściły się co dopiero opisane grupy III. i XII.

Grupa ta obejmowała podług programu: Mapy szpitali i przytułków w Galicyi; główne typy i systemy budynków szpitalnych; baraki dla chorych; materyjały budowlane dla szpitali i przyrządy do wyposażenia tychże. Historyja i literatura szpitalna w ogóle a w Polsce w szczególe. Statystyka szpitalna.

Referentami tej grupy byli: Prof. Dr. Czyżewicz, Dr. Merczyński i architekt p. Rawski.

Sędziami zaś do ocenienia tej grupy byli: Dyrektor budownictwa Niedziałkowski (Kraków), Dr. Pollak (Warszawa), Dr. Widmann (Lwów), Dr. Merczyński (Lwów), i inżynier Braunseis (Lwów).

Wystawców w tym dziale bardzo nie wielu — i w ogóle, gdyby kto chciał sądzić z wystawy o stanie higijeny naszych szpitali, musiałby przyjść do nader smutnych wniosków. O ile znamy nasze szpitale, nie stoją one pod tym względem istotnie świetnie, po większej części bowiem mieszczą się w lokalach albo budowanych w dawniejszych czasach, kiedy jeszcze co do higijenicznych warunków nie stawiano tyle wymogów co w czasach dzisiejszych, albo też budowanych w zupełnie innym celu, nie zaś w celu umieszczania w nich chorych. Z nowszych szpitali także nie wszystkie budowano odpowiednio do wymogów higijenicznych, a to z powodu zaprowadzonego u nas od lat kilku systemu oszczędnościowego, który jest właściwie systemem rozrzutnościowym. Jeżeli się bowiem przypatrzymy naszym szpitalom, weźmy na przykład za wzór krajowy szpital powszechny lwowski — umieszczony w stołecznem mieście Lwowie — w stolicy kraju — to zobaczymy, że gmach zewnętrznie przedstawiający się pięknie — gmach budowany kiedyś nie z przeznaczeniem dla chorych, którego przerobienie, adaptacyja a wreszcie najnowsze przybudowanie skrzydła etc. pochłonęły krocie tysięcy — że tedy gmach ten nie odpowiada wcale nawet w najnowszej swej części — wymogom higijenicznym dziś odnośnie do szpitali stawianym — i że za wydane dotąd pieniądze, łącznie z wartością dawnego gmachu, możeby wcale coś pożyteczniejszego i odpowiedniejszego wybudować było można. Oszczędność jest bardzo pożyteczna — lecz nie da się wszędzie zastósować, a zwłaszcza w sprawach z higijeną stojących w związku — staje się wprost szkodliwą — i przynosi stratę podwójną — bo czasu, który jest podług praktycznych Anglików pieniądzem — no i stratę pieniędzy. Jeżeli bowiem szpital nie odpowiada wymogom higijenicznym, jeżeli chorzy nie mają należytej opieki i pielęgnacyi — to oczywista rzecz, że muszą dłużej pozostawać w leczeniu — na czem traci się i czas i pieniądze. Zastrzegając sobie zresztą słowo w tej sprawie na innem miejscu, musimy powracać do przedmiotu ściśle nas tutaj obchodzącego, tj. do działu wystawy p. t. Higijena szpitali.

Pierwsze miejsce w tym dziale należy się c. k. zarządowi sanitarnemu wojskowemu, który dzięki jenerałowi lekarzowi Drowi Hla-

vaczowi, dyrektorowi szpitala wojskowego starszemu lekarzowi sztabowemu Drowi Arztowi i lekarzowi pułkowemu Drowi Smutnemu, wystawił nader wiele doborowych okazów — jak: łóżko szpitala wojskowego zupełnie wyposażone z siennikiem, materacem, poduszkami, kołdrami, stolikiem etc. i przyrządy do pielęgnowania chorych, a mianowicie: bieliznę szpitalną, nosze ręczne i kołowe dla chorych, klosety, spluwaczki, dzbanki, miednice, etc., daléj druki przepisane dla zarządu i statystyki szpitali wojskowych i różne dzieła higijeniczne i statystyczne, jakoteż plany szpitali i typów szpitali i t. p.

Do tegoż działu zaliczyć należy także wystawiony na podwórzu namiot polowy dla chorych, w którym zamieszczono różnego rodzaju łóżka, nosze do przenoszenia chorych, wraz z licznymi a nader udatnymi modelami namiotu, wozów i wózków do transportu chorych, łóżek etc.

Dalej wystawiło tu „Towarzystwo czerwonego krzyża we Lwowie“ łóżko szpitalne z materacami włosiennymi, bieliznę i pościel dla chorych; kosz z naczyniami blaszanemi do roznoszenia potraw, tak, aby nie stygły rychło; nosze dla chorych i skrzynkę leków (rodzaj apteczki podręcznej).

Dalej wystawił tu Dr. Kondratowicz z Warszawy model sali porodowej z planami i statutami przytułku położniczego, istniejącego w Warszawie.

Na uwagę zasługiwały w tym dziale tablice Prausa Stanisława i Flauma Maksymiliana, przedstawiające graficznie: 1) Ilość ciał szkodliwych, wydzielanych przez dorosłego człowieka na dobę; 2) Symboliczne przedstawienie pierwiastków chemicznych, wchodzących w skład środków desinfekcyjnych; 3) Skład chemiczny środków desinfekcyjnych prostych i sposób ich działania; 4) Skład chemiczny środków desinfekcyjnych złożonych i sposób ich działania; 5) Wartość desinfekcyjna rozmaitych środków i 6) Jadowitość środków desinfekcyjnych, jakoteż z Drem Nenckim opracowana broszura instrukcyjna o desinfekcyi (znane częściowo z wystawy higijenicznej warszawskiej).

Dalej wystawili tu jeszcze:

Dr. Dubiecki z Rygi kilka witryn z okazami torfu, papierów i sfagnów desinfekcyjonowanych, jakoteż środków desinfekcyjnych i odwaniających.

Dr. Rakiewicz z Warszawy budowle przeznaczone do celów leczniczych i opiekuńczych.

Dr. Emil Merczyński plany szpitala świętej Zofii (dla dzieci) we Lwowie i mapę szpitali krajowych i prywatnych w Galicyi, smutnie malującą stan Galicyi pod tym względem.

Żyrardowski zakład fabryczny, 4 plany swych budowli sanitarnych.

Prof. Dr. Czyżewicz i Józef Kajetan Janowski plany zakładu położniczego, który powinienby kiedyś stanąć we Lwowie i zostać oddzielenym od szpitala powszechnego, który jednak przy dzisiaj panujących prądach, nie prędko podobno przyjdzie do skutku.

Gmina miasta Lwowa nosze do przenoszenia chorych ze siatką z drutu.

Serwatowski z Rajtarowic koce wełniane do przykrywania chorych.

Szuman ze Lwowa łóżka i stołki szpitalne.

Tablice śmiertelności w szpitalach warszawskich.

Dr. Gwiazdomorski z Krakowa piękny plan domu zdrowia, będącego w budowie w Krakowie, o praktycznym urządzeniu i rozkładzie, zrobiony przez architektę Ekielskiego.

Zarząd szpitali powszechnych krajowych nie obesłał wystawy wcale — jak gdyby nic nie było godnego wystawienia — a tylko

Dr. Stella Sawicki, inspektor szpitali krajowych, wystawił fotografije zewnętrznych fasad sześciu szpitali krajowych.

Co jednak w szpitalach się mieści, jak są urządzone, rozłożone, jak się pielęgnuje chorych etc., tego nie mogliśmy się na wystawie wcale dopatrzeć.

Jak z powyższego przeglądu tego działu widać, przedstawiła się nasza higijena szpitali nawet gorzej niż skromnie — a nader skromnie zakreślony program tego działu, nie został wyczerpanym ani w części.

Pomimo to przyznali sędziowie wystawcom tej grupy 5 nagród, a mianowicie

Medale srebrne — otrzymali:

Zakład fabryczny w Żyrardowie za budowle sanitarne, i Józef Kajetan Janowski z prof. Drem Czyżewiczem, za plany i projekty zakładu położniczego.

Medale bronzowe zaś otrzymali:

Praus St. i Flaum Maksym. z Warszawy za tablice graficzne, Dr. Kondratowicz z Warszawy za model sali porodowej, Dr. Jan Gwiazdomorski z architektą Ekielskim z Krakowa za plany będącego w budowie domu zdrowia.

Nadmienić tu jednak jeszcze winniśmy, że c. k. zarząd sanitarny wojskowy nie ubiegał się wcale o nagrodę.

GRUPA V.

Higijena fabryk.

Grupa ta pomieszczoną została w sali parterowéj, wspólnie z grupą IIgą, obejmującą „Higijenę szkół“, opisaną już powyżéj.

Program zakreślony tej grupie przez komitet, był stosunkowo obszernie i dosyć wyczerpująco obmyślany, lecz niestety wcale nie wyczerpująco wykonany. Grupa ta obejmować bowiem miała: Rysunki i opisy zakładów przemysłowych, z uwzględnieniem warunków higijenicznych, przedewszystkiem garbarni, gorzelni, destylarni nafty i fabryk zapałek, jako najczęstszych u nas w kraju. Sposoby zabezpieczenia zdrowia robotników w zakładach przemysłowych. Urządzenia bezpieczeństwa i ochronne przy maszynach, przy kotłach parowych, motorach, transmisyjach i innych przyrządach fabrycznych. Zabezpieczenie sąsiadów od szkodliwych wpływów zakładów fabrycznych, jakoteż zabezpieczenie wód publicznych od zanieczyszczeń odpływami fabrycznymi Urządzenia mające na celu polepszenie materyjalnego, moralnego i umysłowego dobra robotników.

Referentami téj grupy byli: Dr. Merunowicz, prof. Pawlewski, inspektor przemysłowy Nawratil i inżynier Wang.

W dziale tym wystawy napotykamy zaledwie trzech wystawców.

C. k. inspektor przemysłowy we Lwowie p. Nawratil wystawił: Podręczniki higijeny przemysłowej; sprawozdania inspektorów przemysłowych austryjackich, niemieckich i szwajcarskich; podręczniki o ochronnych urządzeniach w zakładach przemysłowych; różne prospekta producentów, dostarczających urządzeń ochronnych dla zdrowia i życia robotników; różne instrukcyje o zachowaniu się robotników przy wykonywaniu niebezpiecznych czynności w zakładach przemysłowych; statuta fabrycznych stowarzyszeń, kas chorych i innych urządzeń dobroczynnych dla robotników; podręczniki i kosztorysy do budowy domów mieszkalnych dla robotników; rysunek przyrządu do czyszczenia nafty kwasem siarkowym za pomocą powietrza dla małych destylarni oleju ziemnego (pomysłu p. A. Nawratila); przyrząd ochronny dla robotników pracujących na dachach; przyrządy do łatwego oznaczania kwasu węglowego w pracowniach; rysunek przyrządu ochronnego dla okrągłych pił; ustawy robotnicze i przepisy kucharskie dla robotników.

W tymże dziale wystawili jeszcze:

Vohanka A. z Wiednia, przyrządy ochronne dla robotników fabrycznych i

Adelmann projekt destylarni nafty w Siechowie (sześć planów).

Cały ten dział mieścił się na 1 tablicy i 1 stole; przyrządów było w ogóle bardzo nie wiele, nieco planów i rysunków, a zresztą same prospekta i cenniki albo broszury i podręczniki, między któremi zdaje się nam w polskim języku prawie że wcale żadnych nie było. W ogóle dział ten przedstawiał się jeszcze gorzej niż skromnie, jakby w ogóle u nas przemysłu fabrycznego wcale nie było.

Nie dziwiliśmy się też zupełnie licznym głosom zwiedzających, że lepiej by było się stało, gdyby tego działu wystawy wcale nie urządzano, skoro nie było co wystawiać.

Nie znamy składu sędziów do oceniania tej grupy wystawy, nie mieli, jak widać z powyższego, co oceniać, nie przyznali téż żadnéj nagrody nikomu. (C. d. n.)

Dr. J. K. Wiktor.

Zdanie sprawy z Vgo zjazdu lekarzy i przyrodników polskich

we Lwowie

(od 18 do 21 lipca 1888 włącznie)

podał

Dr. J. K. Wiktor

Lek. miejski we Lwowie.

(Dokończenie.)

Oto w zarysie ogólnym sprawozdanie z naukowo-lekarskiej części Vgo zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, który pod względem naukowym nietylko dorównał poprzednim zjazdom, ale je nawet przewyższył, i zostanie dla wszystkich w nim uczestniczących na długo pamiętnym. Dla kraju zaś naszego, oprócz tego znaczenia, jakie ma zjazd sam jako czynnik naukowego postępu, może on się zaznaczyć bardzo pomyślnymi wynikami w przyszłości, jeżeli te władze i ciała reprezentacyjne, do których to należy, postarają się o urzeczywistnienie i wprowadzenie w wykonanie ważnych uchwał z dziedziny higijeny, które to uchwały na IIgiem ogólnem posiedzeniu zjazdu jednogłośnie powzięto. Podnieść nam tu jeszcze wypada, że Vty zjazd i połączona z nim wystawa, dały pobudkę do zawiązku towarzystw i powstania instytucyj doniosłego znaczenia dla rozwoju nauk lekarskich, przyrodniczych i pedagogii, a w szczególności dla poniesienia zdrowia publicznego.

Pamiątkami trwałemi Vgo zjazdu będą prócz innych:

a) Towarzystwo chirurgów polskich z siedzibą w Krakowie, do którego zawiązania dał inicyjatywę prof. Dr. Rydygier na pierwszem posiedzeniu sekcyi chirurgicznej.

Towarzystwo to ma odbywać co rok zebrania, z których pierwsze ma się odbyć w Krakowie w październiku r. 1889, w czasie otwarcia i poświęcenia nowego gmachu kliniki chirurgicznej.

b) Towarzystwo higijeniczne, które na wniosek Dra Pollaka z Warszawy, przyjęty jednogłośnie, wkrótce powinno zostać założonem.

c) Muzeum higijeniczne, którego zawązek stanowią okazy przez wystawców w tym celu ofiarowane, a które tymczasowo mają się mieścić w jednej ze sal w gmachu Namiestnictwa.

d) Założenie stacyi zoologicznej w Lubieniu (fundacyja Br. Alfreda Brunickiego, który za staraniem prof. Dra Petelenza oddał na ten cel odpowiedni lokal, wraz z potrzebnem urządzeniem i usługą).

e) Muzeum pedagogiczne dla szkół ludowych, które powstało dzięki ofiarności Rady szkolnej okręgowej lwowskiej za inicyjatywą Mieczysława Baranowskiego, inspektora okręgu szkolnego lwowskiego.

Na zakończenie pozwolimy sobie jeszcze przytoczyć niektóre daty statystyczne dotyczące Vgo zjazdu.

Pomiędzy uczestnikami zjazdu naliczyliśmy: 316 doktorów medycyny, 20 słuchaczów medycyny, 10 magistrów i patronów chirurgii, i 33 lekarzy weterynaryjnych, nadto 64 magistrów farmacyi, 76 profesorów, filozofów i przyrodników i 26 architektów, inżynierów itp. Resztę uczestników stanowili literaci, fabrykanci i wystawcy, jakoteż panie uczestniczące w zjeździe.

Wykładów i odczytów oraz demonstracyj z dziedziny nauk lekarskich zapowiedziano przed zjazdem 100 — a podczas zjazdu samego zgłoszono jeszcze 15, razem 115, (z dziedziny nauk przyrodniczych zgłoszono przed zjazdem i podczas zjazdu 45 odczytów i wykładów). Z zapowiedzianych odczytów i wykładów oraz demonstracyj z dziedziny nauk lekarskich, przyszło do skutku 69 a nadto wiele doniosłych wniosków, postawionych przez 7 wnioskodawców.

Na dwóch ogólnych posiedzeniach zjazdu było 2 wykłady lekarskie, mianowicie: 1 Dra Rollego i 1 Dra Krówczyńskiego, (a 1 przyrodniczy).

W sześciu a względnie w siedmiu sekcyjach lekarskich, odbyło się 19 posiedzeń, na których było 67 wykładów, odczytów oraz demonstracyj, a mianowicie:

W sekcyi I. dla medycyny teoretycznej, na 3 posiedzeniach mieli wykłady, odczyty oraz demonstracyje następujący prelegenci: A. Beck (stud. med.) 1; Czapliński i Rosner (stud. med. — praca wspólna — odczytana przez Czaplińskiego) 1 z demonstracyjami; Prof. Dr. Cybulski 1; Prof. Dr. Hlava (odczytał Dr. Obrzut) 1; Prof. Dr. Kadyi 3, (1 z anatomii ludzkiej, 2 z anatomii porównawczej — z demonstracyjami); Dr. Kulczycki 1 z demonstracyjami; Doc. Dr. Obrzut 2 z demonstracyjami (1 praca własna i 1 praca Jacobsa z pracowni prelegenta); Dr. Piotrowski 1 i Dr. Prus 2; razem 13 wykładów.

W sekcyi II. dla medycyny wewnetrznej, na 3 posiedzeniach mieli wykłady i odczyty następujący prelegenci: Dr. Bujwid 2; Dr. Florkiewicz 1; Dr. Goldflam 1; Dr. Heryng 1; Dr. Jakowski i Dr. Chrostowski (praca wspólna — wygłoszona przez Dra Jakowskiego)

1 z demonstracyjami; Dr. Ołtuszewski 1; Dr. Pacanowski 1; Dr. Pisek 1; Dr. Rajkowski 1; Dr. Reichman 1; Dr. Sokołowski 1 i Dr. Stachiewicz 1; razem 13 wykładów.

W sekcyi III. dla chirurgii, na 3 posiedzeniach, z których jedno odbyło się w połączeniu ze sekcyjami dla medycyny wewnętrznej i ginekologii, mieli wykłady, odczyty oraz demonstracyje następujący prelegenci: Dr. Barącz 4; Dr. Bogdanik 1; Dr. Kramsztyk 1; Dr. Neugebauer 1 z demonstracyją; Prof. Dr. Obaliński 1; Dr. Obtułowicz 2 z demonstracyjami; Prof. Dr. Rydygier 3; Dr. Stankiewicz 1 i Dr. Wehr 2 z demonstracyjami; razem 16 wykładów, nadto 2 wnioski prof. Dra Rydygiera. Jeden z tych wniosków dotyczy założenia „Towarzystwa chirurgów polskich“, drugi zaś dotyczy odczytów — aby takowe na przyszłość — jako nużące zarówno czytającego jak i słuchaczów, nie miały miejsca. Oba wnioski przyjęto; — co do drugiego jednak musimy nadmienić — że nie w zupełności takowy podzielamy. Raczej bylibyśmy za ograniczeniem, o ile możliwe, długości czasu na każdy wykład, a za dozwoleniem odczytywania wykładów, za czem przemawia bardzo ta okoliczność, że nie każdy z kolegów ma swadę profesorską, a może mimo to być pracownikiem zdolnym — i nie miałby możności owocami swej pracy podzielić się na zjeździe z kolegami. Na tem miejscu postawilibyśmy raczej wniosek, aby na przyszłość nie odczytywano na zjeździe prac — ogłoszonych poprzednio drukiem, jako znanych już, a było takich kilka.

W sekcyi IV. dla ginekologii i akuszeryi, na 2 posiedzeniach mieli wykłady, odczyty oraz demonstracyje następujący prelegenci: Dr. Braun 4; Dr. Festenburg 1; Dr. Neugebauer 1 z demonstracyjami; Dr. Sielski 2 z demonstracyjami i Dr. Stroynowski 2 z demonstracyjami; razem 10 wykładów.

W sekcyi V. dla medycyny publicznej, na 3 posiedzeniach mieli wykłady i odczyty następujący prelegenci:

Prof. Dr. Blumenstok 1; Dr. Bujwid 1; Dr. Dubanowicz 1; Dr. Kramsztyk 1; Dr. Obtułowicz 1 i Dr. Pollak 1; razem 7 wykładów.

Nadto w tejże sekcyi postawiono szereg bardzo doniosłych wniosków — które stawiali: Dr. Barzycki, prof. Dr. Blumenstok, Dr. Obtułowicz, Dr. Pollak i Dr. Serkowski. Wnioski prawie wszystkie i bez zmian przyjęto na posiedzeniach sekcyi i przedstawiono na II. ogólnem posiedzeniu zjazdu, gdzie zostały również przyjęte.

W sekcyi VI dla weterynaryi, na 3 posiedzeniach mieli wykłady następujący prelegenci: Boczkowski 2 wykłady. (odczytał pod nieobecność autora J. Kubicki); A. Popiel 1; Prof. Dr. Seifman 1 i Dr. Walentowicz 1; razem 5 wykładów, nadto 1 wniosek Dra Walentowicza.

W sekcyi dla dermato- i syfilido-logii, na 2 posiedzeniach mieli wykłady: Dr. Krówczyński 2 i Dr. Szadek 1; razem 3 wykłady.

Prawie ze wszystkich wykładów — wyjąwszy kilka — umieściliśmy sprawozdania w Wiad. lek. Kilka ogłosiliśmy in extenso, — szereg zaś cały ogłoszono in extenso w Przeglądzie lekarskim, Przeglądzie weterynarskim i czasopismach lekarskich warszawskich, a bez wątpienia nie jeden zostanie jeszcze ogłoszonym.

Z zapowiedzianych i zgłoszonych wykładów nie przyszło do skutku (bądź dla braku czasu, bądź z powodu przeszkód w przybyciu prelegentów) 46 wykładów, które zgłosili następujący prelegenci:

Prof. Dr. Blumenstok 1; Dr. Braun 3; Prof. Dr. Browicz 5; Prof. Dr. Cybulski i Doc. Dr. Gluziński 1; Dr. Dobiński 2; Dr. Dubanowicz 1; Prof. Dr. Hlava 1; Dr. Lindner 1; Doc. Dr. Mars 3; Dr. Pietrzycki 1; Dr. Pollak 1; Dr. Prus 3; Dr. Przewoski 2; Dr. Rajchman 1; Dr. Schramm 1; Dr. Serkowski 1; Dr. Święcicki 2; Prof. Dr. Szpilman 5; Dr. Trzebicky 2; Dr. Ulanowski 3; Dr. Wiktor 1; Dr. Wyżykowski 1; Prof. Dr. Zaleski 1; Dr. Złeleniewski 1 i Dr. Ziembicki 2; razem 46 wykładów przez 25 prelegentów (17 z poza Lwowa a 8 miejscowych).

Na tem kończymy nasze sprawozdanie z Vgo zjazdu — i wyrażamy nadzieję, że uchwały powzięte na Vtym zjeździe zostaną rychło urzeczywistnione i w życie wprowadzone.

Sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Binz (Bonn). **Alkohol jako środek leczniczy.**

Jak wiadomo, powstała ostatniemi czasy dość znaczna opozycyja przeciw stosowaniu wzgl. nadużywania wyskoku w medycynie. Zdaniem wielu lekarzy, wyskok nie posiada własności podniecających lecz owszem objawy wrzekomo podniecenia, należy tłómaczyć jako porażenia. Otóż Binz na drodze doświadczenia wykazał mylność tego twierdzenia. W tych doświadczeniach ilość tętna i ilość przez płuca przechodzącego powietrza, wzmagają się; rozszerzenie naczyń skóry (nie musi być objawem porażenia nerwów zwężających naczynia) może być uważane jako podrażnienie nerwów rozszerzających naczynia. Wpływ szkodliwy wyskoku na trawienie jest też wątpliwym a doświadczenie codziennie przemawia raczej na korzyść wyskoku.

Badania w pracowni B. dokonane przez Bodlandera wykazały, że zdrowy człowiek z całej ilości zużytego wyskoku zaledwie 3% wydziela jako wyskok — najwięcej płucami, mniej nerkami, najmniej skórą, wcale nic jelitami. W obec tego dowodu (ścisłemi cyframi

przez wykładającego stwierdzonego) nie ulega wątpliwości, że wyskok spala się w ustroju, wytwarza więc ciepło a zatem i siłę żywą — oszczędzając ustrojowi rozkładu białka, co stanowczo już dawno stwierdzono wykazaniem zmierzonej ilości azotu w moczu. Ilość spotrzebowanego tlenu nie zmienia się, co dowodzi, że mierne dawki wyskoku mają (na kształt wodników węgla i tłuszczów) znaczenie pokarmu oddechowego. Wyskok spala się w miejsce innych związków zdolnych do spalenia. Część tlenu, któraby służyła do utleniania innych związków, zostaje zużytą do spalenia wyskoku — a przez to ustrój zaoszczędza sobie owe związki. Oczywista, że wszelkie te dane, odnoszą się tylko do ustroju zdrowego; w gorączce zdolność spalania wyskoku jest znacznie zwiększoną — a zatem i dawki mierne, do których uwagi te się odnoszą, muszą być zwiększone.

Nie ulega dalej wątpliwości, że znaczniejsze jednorazowe dawki wyskoku obniżają ciepłotę ciała — nigdy przynajmniej nie ma podwyższenia. Prelegent udowadnia to tablicami graficznemi. Pomimo nieco cieplejszej skóry, opada rtęć termometru „in recto.“ Przyczyny obniżenia się ciepłoty dokładnie nie znamy. Prelegent kończy swój wywód oświadczeniem, że alkohol dla zdrowego, dobrze odżywionego człowieka, jest zbytecznym — dla chorych zaś niezbędnym.

Współreferent Jaksch twierdzi na podstawie dokładnych badań sfigmograficznych, że wyskok istotnie ma własności podniecające. W terapii tylko niektóre postacie zapaleń płuc wymagają wyskoku — w ogóle w chorobach z wysoką, choćby tylko krótkotrwałą gorączką, jeśli tylko powikłań (n. p. zapadu) nie ma, nie potrzeba stosować wyskoku. Wartość wyskoku dla chorych jest całkiem inną, daleko większą, aniżeli dla zdrowych. Z uwagi, że spalający się wyskok dostarcza ustrojowi siły żywej, jak to Binz udowadnia, z uwagi, że ilość mocznika, kw. moczowego, kw. siarkowego i fosforowego się pod wpływem alkoholu zmniejsza, (jak to mowca udowadnia własnymi wynikami), nie ulega wątpliwości, że wyskok istotnie dla ustroju może być korzystnym, zwalniając możliwie utlenianie albo też modyfikując trawienie u dzieci — do których doświadczenia Jakscha się odnoszą.

W dyfteryi (błonicy) energiczna terapija alkoholowa znakomicie działa, również i w tyfusie, przyczem ostrzega przed nadużywaniem; nie mniej dobrze działa w posocznicy (Sepsis). Przeciwgorączkowe działanie wyskoku jest bardzo słabem — a wpływ na trawienie ogranicza się do tego, że małe ilości alkoholu pobudzają wydzielanie soków. Nie ulega wątpliwości, że nadużywanie wyskoku w terapii sprowadza najcięższe objawy alkoholizmu. Mowca dobitnie przestrzega lekarzy w tym kierunku.

Erb (Heidelberg) ostrzega przed zbytecznem podawaniem alkoholu osobom nieprzyzwyczajonym do wyskoku (kobietom, dzieciom) i podaje zasadniczo oprócz wyskoku także i z dawien dawna znane środki apteczne podniecające: kamforę, piżmo, Liqu. ammon. anis. etc., po których nie ma ubocznych „niemiłych“ objawów. Mowca chciałby, aby także zastanawiano się nad kwestyją, czy przypadkiem niektóre cięższe objawy u chorych, obficie alkoholem (winem, grogiem, koniakiem) leczonych, nie pochodzą od alkoholu; podnosi dalej pewne wątpliwości, czy alkohol nie działa szkodliwie w pewnych chorobach narzędzi wydzielniczych (płuc, nerek) i czy długo używany wyskok w celach leczniczych, (n. p. u suchotników) nie działa szkodliwie na serce, nerki, naczynia krwionośne, nerwy, podobnie jak szkodzi zwykle nadużywanie napojów wyskokowych.

Motrel (Norymberga) zgadza się w swych wywodach z Erbem i protestuje przeciw zbytniemu szafowaniu wyskokiem. „Młodzi lekarze szczególniej — wchodząc w praktykę tuż po egzaminach — „arbeiten z. B. bei den acuten Infectionskr. rücksichtslos mit Alcohol und der Cognacflasche.“

Nothnagel (Wiedeń) przyznaje te szczegóły i twierdzi, że i co do alkoholu w chorobach zakaźnych trzeba indywidualizować. Dzieciom szczególniej odradza podawanie alkoholu (jako pożywki) -- jest on bowiem środkiem podniecającym, którego ustrój normalny młodociany nie potrzebuje.

Jürgensen (Tbningen) jest stanowczym zwolennikiem podawania wina w chor. gorączkowych. Wyklucza możliwość, iżby alkohol podawany w takiem rozcieńczeniu i w małych ilościach drażnił organa wydzielnicze. Obawy, iżby chorych kierowano na pijaków, nie ma; chorzy w rekonwalescencyi są zadowoleni, że już pozbędą się wyskoku.

Löwenthal (Lozanna) wykazuje, że stosowanie wyskoku przez czas dłuższy w neurastenii, gdzie przedewszystkiem zwiększyć mamy siłę odporną ustroju, jest nieracyjonalne a nawet szkodliwe. Wyskok zmniejsza siłę odporną ustroju — zwłaszcza, że z czasem podkopuje trawienie, a chorzy z neurasteniją bardzo są skłonni przemienić się na alkoholistów.

Rühle (Bonn) uważa alkohol w leczeniu chorób sercowych tam, gdzie mechaniczne leczenie jest bezskutecznem, jako lek b. cenny. „Podwyższenie parcia tętniczego, uregulowanie rytmu i utrwalenie tego działania — oto formuły naszej terapii w przewłocznych schorzeniach mięśnia sercowego -- z tej przyczyny zmuszeni jesteśmy stosować obok naparstnicy i alkohol.

Finkler (Bonn) podnosząc działanie korzystne alkoholu w go-

rączce połogowéj, stwierdza, że w leczeniu chor. gorączkowych kąpielami, alkohol jest niezbędnym, uzupełniając znakomicie to leczenie.

Dr. Pisek.

O wartości leczniczéj wstrzykiwań gazu węglowego i siarkowodowego do odbytnicy metodą Bergeona u chorych na gruźlicę płuc (Z oddziału chorób wewn. szpitala w Preszburgu, Dr. Gabriel Pavai-Vajna. Centralblatt für die gesammte Therapie, XII Heft, 1887).

Na podstawie teoryi Kocha, który twierdzi, że przyczyną gruźlicy są laseczniki przez niego odkryte, zaczęto przemyśliwać nad środkami leczniczemi, któreby niszcząc laseczniki nie szkodziły równocześnie organizmowi. Bergeon w Lyonie zaczął ku temu celowi używać wstrzykiwań bezwodnika węglowego i kwasu siarkowodowego do odbytnicy, i twierdzi, że w ten sposób wprowadzone gazy, wchłonięte przez naczynia krwionośne odbytnicy przechodząc przez płuca, niszczą tamże laseczniki gruźlicze a następnie przez wydech wydalane bywają. Autor rozporządzając znaczniejszym materyjałem przedsięwziął próby po wyższą metodą i doszedł do następujących wyników.

a) Metoda Bergeona nie jest przeciwpasorzytniczą, gdyż nawet po dłuższem używaniu nie znikają w zupełności laseczniki Kocha.

b) Ma mały tylko wpływ na proces miejscowy w płucach, gdyż naciek gruźliczy nie tylko nie ustępuje, ale nawet się nie zmiejsza, co najwięcej rzężenia są mniej liczne, również nie wpływa na ilość tętna i oddechów. Początkowe objawy pod wpływem téj metody znacznie ustępują.

c) Stanowczy wpływ wywiera na ilość plwocin, na kaszel, na gorączkę i nocne poty, na polepszenie apetytu i powiększenie wagi ciała; wszystkie powyżej wymienione objawy, które najbardziéj trapią chorych, znacznie się zmniejszają.

d) I ta metoda jak i wiele innych nie leczy gruźlicy płuc, ale tylko zmniejsza przykre jéj objawy; już z tego zatem względu zasługuje na bliższe zajęcie się nią.

Autor stosuje wstrzykiwania powyższe u swych chorych dwa razy dziennie, po 2—4 litrów na raz; metoda przez niego podana jest bardzo prostą, tak, że chory inteligentny sam ją sobie aplikować może. Chcąc uzyskać jakieś rezultaty, trzeba wstrzykiwania stosować metodycznie przez kilka tygodni a nawet miesięcy, do czego potrzeba wielkiej cierpliwości ze strony pacyjentów. Autor ostrzega przed używaniem powyższej metody, jak tylko mamy najlżejsze podejrzenie na wrzody gruźlicze w jelitach.[1]) *Dr. Gliksman.*

---

[1]) Przyrządy odpowiednie do wstrzykiwań gazów w mowie będących, sporządza i sprzedaje Dr. K. Altmann we Wiedniu VII. Mariahilferstrasse Nr. 80. *(Przyp. sprawozd.)*

Gaucher. **Sur la durée d'incubation de la tuberculose inoculée.** (Revue de med. 1887, Nr. 76).

We wrześniu 1884 r. zastrzyknął G. do jamy brzusznej dwom zdrowym królikom po 1 ctm. sześć. ropy gruźliczej, pochodzącej z ropnia kręgowego od chorego dotkniętego gruźlicą płuc i Malum Potti. Oba króliki trzymał autor w odosobnionych, czystych, dobrze wietrzonych klatkach, przyczem bardzo dobrze króliki odżywiał. Po dwóch latach zupełnego zdrowia, zaczął jeden z królików szybko chudnąć i zginął w listopadzie r. 1886. Sekcyja wykryła tylko w bezpośredniem sąsiedztwie miejsca zaszczepienia zmiany i to gruźlicze; mianowicie śledziona i sąsiadujące okolice otrzewny, jakotéż podstawa lewego płuca, okazywały zmiany gruźlicze — nigdzie indziej zaś stanowczo, ani śladu gruźlicy.

Z doświadczenia G. wynika niewątpliwie, że:

1) Znalezione zmiany gruźlicze są wynikiem szczepienia, gdyż jedynie w temże miejscu i w sąsiedztwie się rozwinęły, gdzie szczepienie było dokonanem.

2) Okres wylęgania się gruźlicy jest bardzo długi, jeżeli chore indywiduum znajduje się w korzystnych warunkach higijenicznych i zresztą jest zdrowe.

W końcu dodać trzeba, że drugi królik, jeszcze w chwili, gdy autor ogłosił swoje wyniki, a zatem przeszło w dwa lata później — był zdrowym. *Dr. Pisek.*

Schech. **O dychawicy (Asthma.)** (Münch. med. Woch. 1887, Nr. 40, 41.)

64% wszystkich chorych na dychawicę, dotkniętych było cierpieniami nosa. Główniejsze wyniki tej ciekawej pracy brzmią:

1. W każdym przypadku dychawicy lub rozedmy płuc, której towarzyszą przypady astmatyczne, należy dokładnie zbadać nos.

2. W młodszych latach bywa dychawica częściej przyczyną a rzadziéj następstwem rozedmy płuc.

3. Dychawica powstała skutkiem chorób nosa, niczem się nie różni od dychawicy powstałej skutkiem innych zmian w narządach.

4. Objawy nieżytowe podczas i po napadzie astmatycznym są objawami następowymi (skutkiem zboczeń w krążeniu lub też skutkiem ucisku mięśni oskrzelowych na gruczoły bł. śluzowej.)

5. Kryształki Leydena i nitki Curschmanna są wytworami napadu astmatycznego.

6. We wielu przypadkach miejscowe leczenie nosa działa korzystnie na dychawicę. *Dr. Pisek.*

Pietro Bertalero. **Anilina przeciw gruźlicy płuc.** (Gaz. degli ospedali Nr. 96 z r. b.)

Jak wiadomo, pierwszym, który polecił anilinę przeciw gruźlicy

płucnej, był Kremianskij na kongresie lekarzy rossyjskich w Moskwie. Na chorych próbował B. aniliny i donosi o nader zadowalniających wynikach. Stosował on anilinę z węgli otrzymaną a nie z nitro-benzyny i wybierał chorych, u których oprócz badania fizycznego i dziedziczność, a jeszcze i badanie mikroskopowe wykazało w plwocinach laseczniki Kocha. Dziennie podawał chorym 50—60 centigr. aniliny we wnętrznie a 1 gram do wdychiwań pro die. Leczenie trwało 2—3 miesięcy, z przerwami kilkoduiowomi co miesiąc. Wyniki, jak twierdzi B, są bardzo dobre, więc nawet w przypadkach rozpaczliwych proponuje wstrzykiwania podskórne jak również i do miąższu płucnego rozczynów z aniliny. Wobec wszakże własności trujących aniliny wypada oczekiwać dalszych doniesień. *Dr. Pisek.*

Chirurgija.

ALEXANDER OGSTON (Aberdeen). **Utworzenie nowej panewki przy niektórych resekcyjach stawu biodrowego.**

(*On forming a new acetabulum in certain resections of the hip joint*).

Operacyjne leczenie wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego, zaproponował, jak wiadomo, Margary z Turynu. Tenże wykonał operacyję tę 3 razy a mianowicie: w jednym przypadku jedno-, w innych obustronnie. W 1 przypadku, w którym operował obustronnie, kość udowa przylegała zupełnie do miednicy tylko po jednej stronie. W drugim przypadku nie zdołał M. tego osiągnąć. Wynik ostateczny był stosunkowo dobrym, lubo pozostawiał jeszcze wiele do życzenia. Chorzy mogli swobodniej się poruszać, niż przed operacyją, jednak górna część uda odstawała jeszcze cokolwiek od miednicy a zakres ruchomości był niedostatecznym.

Operacyja Margarego polega na ukośnem odpiłowaniu górnej części kości udowej w ten sposób, ażeby takowa mogła przylegać większą powierzchnią do miednicy, której panewka zamienioną bywa na bezkształtną wyniosłość kostną. Ostateczne wyleczenie przychodzi w tych przypadkach do skutku przez wytworzenie masy ścięgnistej, zbliżającej bardziej obie kości do siebie.

Adams odpiłował główkę kości udowej w przypadku zwichnięcia i osiągnął dość dobry wynik. Küster i Israel radzili utworzenie nowej główki przy resekcyjach stawu biodrowego. Volkmann radził przepiłowywać górną część kości udowej poprzecznie, powyżej wyrostka mniejszego (*trochanter minor*), w ten sposób, ażeby stercząca ku wewnątrz zdrowa część szyi, przez ułożenie w abdukcyi, wstąpić mogła w panewkę. Metoda Volkmanna nie znalazła jednakże zwolenników.

Ogston zastósował ją z dobrym skutkiem po dokonaniu następującej modyfikacyi, Pouczony doświadczeniem, że przy wrodzonem zwichnięciu kości udowych, miejsce odpowiadające panewce wypełnione bywa kostniną, tak, że prawie żadnej nie ma panewki, postanowił utworzyć panewkę sztuczną. W tym celu odsłonił w jednym przypadku główkę cięciem Langenbecka, odpiłował ją podług propozycyi Volkmanna poziomo, a przekonawszy się, że i w tym przypadku panewki nie było, oddłutował w postaci klina (litery V) kość biodrową w miejscu odpowiadającem panewce i przystósowawszy obie kości do siebie, zbliżył części miękkie szwem warstwowym z catgutu, założył opatrunek podług Listera i unieruchomił za pomocą gipsu staw biodrowy. Extenzyi przytem nie stósował wcale. Po zdjęciu opatrunku, w 3 tygodnie po operacyi, rana była zagojoną *per primam intentionem*. Wynik był dobrym, po 7 tygodniach dziecko mogło chodzić o ruchomym stawie biodrowym, obie kości przylegały dostatecznie do siebie, a zniekształtniające zgięcie i addukcya w stawie biodrowym ustąpiły.

(Annals of Surgery, Vol. VIII. Nr. 3. September 1888).

Dr. Barącz.

J. F. Neumann. **Przyczynek do sposobu powstawania spraw ropnych naokoło wyrostka sutkowego.**

Samoistne sprawy zapalne okostny wyrostka srtkowego, należą do rzadszych przypadków chorobowych. Przypadki podobne opisali: Voltolini, Blake, Knapp, Jacobi, Turnbull, Swan, Burnett, Hotz, Kirchner, Politzer i inni.

Neumann zaprzecza możliwości samoistnego powstania sprawy zapalnej w tem miejscu a to na tej podstawie, że zapaleniom okostny towarzyszą prawie zawsze sprawy zapalne w zewnętrznym przewodzie słuchowym albo w małżowinie, o czem mógł się przekonać przez dokładne badanie przewodu słuchowego zewnętrznego i na drodze wywiadów.

Autor przytacza z własnej praktyki 7 przypadków, w których, z powodu sprawy zapalnej okolicy wyrostka sutkowego, miał zamiar trepanować tenże wyrostek; gdy jednak po wykonaniu cięcia Wilde'go przekonał się, że kość była gładką, odstępował od trepanacyi. We wszystkich przypadkach cięcie Wilde'go wystarczyło do zupełnego wyleczenia. W przypadkach swoich zawsze prawie znajdował stan zapalny zewnętrznego przewodu słuchowego albo stan taki wyprzedził zapalenie okostny, jak o tem wywiady przekonywały; w jednym tylko przypadku ograniczył się autor na otwarciu ropnia drogą przewodu słuchowego. Odróżniać więc należy przypadki zapalenia ropnego w samym wyrostku sutkowym (*Osteomyelitis proc. mastoidei*) od spraw ropnych na powierzchni kości umiejscowionych; w pierw-

szych należy trepanować wyrostek sutkowy, w drugich ograniczać się na cięciu Wilde'go. Do ułatwienia rozpoznania przyczynić się mogą: 1) troskliwe wywiady i 2) dokładne badanie przewodu słuchowego zewnętrznego. Nadto obrzęki zapalne, wywołane sprawą zapalną w przewodzie słuchowym zewnętrznym, powodują zazwyczaj wysadzenie i odstawanie małżowiny, które powstają szybko i ból przy nich potęguje się ciągle; obrzęki zaś wywołane sprawą ropną w samym wyrostku, są zazwyczaj więcej rozlane i czasami niemożna w nich stwierdzić chełbotania. To ostatnie daje się wykazać zazwyczaj w późniejszych dopiero okresach cierpienia. Z wystąpieniem chełbotania obrzęku, zmniejsza się bolesność takowego i inne objawy podmiotowe.

Zapalenie zewnętrznego przewodu słuchowego (*Otitis externa*) może przenieść się zatem przez ścianę zewnętrznego przewodu słuchowego na tkankę łączną, otaczającą wyrostek sutkowy, jako *phlegmone*, do czego przyczynia się ścisły stosunek tych części do siebie, jak również t. z. *incisurae Santorinianae*. Tutaj takie zapalenie ropne naokoło okostnowe może przejść na okostnę i wywołać ropień okostnowy, który wielu autorów uważało jako ropień samodzielny.

(*St, Petersburger Med. Wochenschrift* 1888 Nr. 26 i 27).

Dr. Barącz.

J. Hochenogg. **Przypadek tętniaka wrzekomego tętnicy udowej, spowodowanego kulą noszoną przez 10 lat.**

Do 4 przypadków podobnych, znanych w literaturze (p. *Küster Autoreferat w Centrbl. f. Chir. 1888*), dołącza autor własny następujący przypadek: 41-letni mężczyzna doznał rany postrzałowej uda lewego przed 10 laty. Wszelkie zabiegi przedsiębrane celem wydobycia kuli zawiodły; ponieważ jednak przez ranę wejścia postrzału, natrafiono na kość udową nienaruszoną, sądzono tedy, że postrzał wypadł przy przenoszeniu chorego. W miesiąc po postrzale powstał ropień na wew. pow. tegoż uda, który po otwarciu zgoil się w krótkim czasie, a chory pomimo to przez cały następny rok doznawał ciągłego bolu powyżej lewego kolana, które było nadto nieco zesztywniałe. W rok po postrzale czuł się zupełnie zdrowym aż do Kwietnia b. r., w którym to czasie po cięższej pracy zauważał wśród bolu, na wew. pow. lewego stawu kolanowego twardą narośl wielkości orzecha włoskiego, ginącą po kilku-dniowem leżeniu. Z końcem Września b. r. po cięższej pracy zaczął dostawać kilka krotnie przez dzień dreszczów, a po kilku dniach choroby, wśród silnego bolu, powstał szybko wzrastający obrzęk w miejscu dawnego ropnia na lewem udzie. Przy przyjęciu chorego do szpitala w Październiku b. r. zauważano w środku przedniej wew. powierzchni uda lewego ruchomą bliznę wielkości czwo-

raka a nadto chełkoczący, nieco zaczerwieniony obrzęk wielkości pięści, tuż po nad wewn. kłykciem kości udowej; ruchy czynne kolana były przy tem nieco upośledzone a ciepłota prawidłowa. Rozpoznano ropień okostnowy. Przy operacyi natrafiono na niebieskawo-przeświecający torbiel, który przy dotknięciu palcem łatwo naddarto, poczem wypróżniły się skrzepy krwi i zaczęła tryskać krew tętnicza. Po założeniu węża Esmarcha poniżej więzu Pouparta, rozszerzono otwór w torbielu, przyczem przekonano się, że takowy stał w związku od tyłu z wielkiemi naczyniami uda i że do wnętrza tegoż sterczała kula i wolna drzazga kostna 12 $^m/_m$ długa. Z powodu zrostów tętnicy udowej z żyłą, podwiązano tętnicę raz wysoko na udzie powyżej tętniaka a drugi raz wraz z żyłą poniżej takowego. Ranę wytamponowano, w 27 dni po operacyi chory wyzdrowiał, tylko w pierwszych 2 dniach obwodowa część kończyny okazywała się nieco chłodniejszą

(Wien. klin. Wochenschr. Nr. 34 1888).

Dr. Barącz.

Frank C. Bressler. **Ropień móżdżku w następstwie ropnego zapalenia ucha środkowego.** (Baltimore) *Abscess of the cerebellum following suppurative otitis media.*

B. opisuje przypadek, w którym niezastosowanie sie do wskazówek lekarza, było przyczyną zejścia śmiertelnego.

U 19-letniego chłopca znalazł autor ślady chronicznego ropnego zapalenia ucha środkowego lewego, obok tego silny ból okolicy wyrostka sutkowego lewego i zagłębienie w tymże wyrostku po trepanacyi wykonanej przed rokiem. W przebiegu leczenia wytworzył się ropień za uchem, po wypróżnieniu którego, zgłębnik wchodził w jamę kostną, w kierunku ucha środkowego przebiegającą. Z wystąpieniem ropnia za uchem, wzmógł się ból głowy w okolicach skroniowych, chory stracił apetyt, następnie wystąpił skurcz mięśni: *m. sternocleidomastoideus* i *m. trapezius*, dalej szczękościsk mechaniczny z powodu skurczu mięśnia czołowego i żwacza, porażenie nerwu odwodzącego lewego, ospałość i osłabienie lewej kończyny dolnej. Brak było u chorego wymiotów, bólu w okolicy potylicy, szału, porażenia powiek i utraty wzroku; pomimo tego B. podejrzywał ropień mózgu, i zaproponował trepanacyję wyrostką sutkowego, na co rodzina się nie zgodziła. Chory czuł się coraz gorzej, wystąpiła silna bolesność w górnej okolicy rdzenia pacierzowego, silny ból rozpromieniający wzdłnż rdzenia pacierzowego, następnie porażenie pęcherza i kiszki odchodowej; wreszcie wśród objawów śpiączki i utrudnienia oddychania chory umarł. Autopsyja wykazała nastrzykanie znaczne opony twardej mózgu, nastrzykanie istoty mózgowej i ropień w lewym bocznym płacie móżdżku, do którego prowadziła przetoka od tylnej

powierzchni części skalistej kości skroniowej; nadto rozbiór zwłok wykazał zaczopowanie lewej żyły szyjnej wewnętrznej i lewej zatoki mózgowej poprzecznej. Za pomocą wykonanej trepanacyi można by było w tym przypadku prawdopodobnie dostatecznie drenować ropień. Przypadek powyższy poucza także o tem, że płat boczny móżdżku może być przez czas dłuższy na znacznej przestrzeni zajęty sprawą chorobową, bez wywołania groźnych objawów i że nie mamy dotąd w tym kierunku pewnych sposobów rozpoznawczych. Ropnie móżdżku w następstwie ropnego zapalenia jamy bębenkowej występują w ogólności dosyć rzadko. *Dr. Bar̨cz.*

(Philadelphia med. Times, August, 1. 1888).

John Ashhurst. **Trzy amputacyje wykonane u tej samej osoby z powodu uszkodzenia na drodze żelaznej.** (*Successful simulidneons triple amputation for railway injury*).

20-to letni mężczyzna, wskutek przejechania pociągiem drogi żelaznej, doznał następujących obrażeń: *fractura complicata comminutiva cruris, genu et femor. dextr in parte infer., avulsio cruris sin. in part. infer., fractura complicata carpi et man. dextr., fract. complicat oss front. cum depressione, combustiones et contusiones dispersae totius corporis.*

Stan ogólny był dobry, ciepłota 99° F. We 2 godz. po przyjęciu chorego do szpitala, A. amputował w obec tego stanu prawe udo, lewe podudzie i prawe przedramię. Ciepłota po operacyi opadła do 98° F. a chory w następstwie wyzdrowiał. Autor znalazł tylko 4 podobne przypadki w literaturze.

(*Med. and surgical reporter April 7. 1888).* *Dr. Bar̨cz.*

KRONIKA.

Z dzisiejszym zeszytem kończy się pierwsze półrocze trzeciego rocznika naszego czasopisma.

Przy tej sposobności składamy serdeczne podziękowanie naszym współpracownikom i zwolennikom za łaskawe popieranie naszego wydawnictwa i polecamy i nadal nasze czasopismo względom Kolegów, upraszając o dalsze popieranie naszych celów. Że zaś nie kierujemy się celami osobistymi, nie potrzebujemy zdaje się zapewniać naszych czytelników. Szanownych P. T. Odbiorców naszego czasopisma upraszamy o wczesne odnowienie przedpłaty na przyszłe półrocze, tych zaś P. Prenumeratorów, którzy zalegają z przedpłatą za ubiegłe półrocza, upraszamy o łaskawe a rychłe uregulowanie rachunków, a równocześnie zawiadamiamy, że brakujące p. t. odbiorcom zeszyty I. lub II. rocznika, o ile nam zapas straczy, chętnie jeszcze przesłać jesteśmy gotowi, prosimy tylko o zawiadomienie „Redakcyi“ lub „Administracyi Wiad. lek.“ korespondentką lub też o reklamowanie zeszytów brakujących; reklamowanie bowiem nie pociąga za sobą żadnych kosztów ze strony reklamującego.

Sprawozdanie z V. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie zakończyliśmy z dzisiejszym zeszytem w zupełności. Sprawozdanie to umieściliśmy na liczne żądania naszych p. t. odbiorców, którzy bądź nie mogli uczestniczyć w zjeździe, bądź nie mogli otrzymać całego „Dziennika zjazdu.“

O części towarzyskiéj zjazdu nie rozpisywaliśmy się wcale, wyręczyły nas bowiem pod tym względem czasopisma codzienne, zdając sprawę w czasie właściwym z recepcyj uczt i wycieczek, które w myśl programu wydziału gospodarczego, wyczerpniętego w zupełności, wypadły, jak się spodziewać należało, świetnie.

Nadmienić tu tylko wypada nam, że najwspanialej wypadły: 1) recepcyja w salach ratuszowych, dana na cześć uczestników zjazdu przez „Radę miasta Lwowa“ i 2) recepcyja w salach towarzystwa gimnastycznego „Sokół“, urządzona na pożegnanie uczestników zjazdu, przez „Wydział gospodarczy zjazdu.“ Na téj ostatniéj oprócz toastów wierszem i prozą wygłoszonych, wyśpiewał jeden z kolegów (Dr. S. z T.) okolicznościowie krakowiaki, które, jako podsłuchane, ponieważ ich nigdzie w sprawozdaniach nie napotkaliśmy, pozwolimy sobie dla upamiętnienia — na tem miejscu umieścić.

Krakowiaki podsłuchane.

1. Błysła nade Lwowem
Jasnych gwiazd gromada,
Światło i nadzieja
Z ich promieni pada.

2. A choć noce ciemne,
Północ mrozem wieje,
Gromada światełek
Ciągle światło sieje.

3. Bo gdy w chmurnéj nocy
Z gwiazd niejedna zgaśnie,
To inne swym blaskiem
Wtedy świecą jaśniéj.

4. A z nich najdawniejsza
Te posiada czary,
Świeci tak nasz prezes,
Wiwat Majer stary!

5. Inna znów rozjaśnia
Siłą swych promieni,
Ziem polskich przyrodę
Na małéj przestrzeni.

6. Chociaż mitrą świeci
Lecz dla wszystkich stanów,
Wiwat Dzieduszycki!
Najdzielniejszy z Panów.

7. I inne tam świecą
Zasługi ogromem,
Ale ich nie nazwę,
Bom nie astronomem.

8. Wiem, że kiedy ciemniéj
Gdy chmurniejsze noce,
To silniejszym blaskiem
Każda z nich migoce.

9. A kto mi nie wierzy,
Że w dzień widać gwiazdy,
Niech jedzie do Lwowa
Na lekarskie zjazdy.

10. Gdy z mogiły Unii
Dojrzeć gwiazd nie zdoła,
To niechaj pożyczy
Wzroku od „Sokoła“.

11. Więc żyj dla nas wiecznie
Nadpełtwiański grodzie,
Światło zgodnéj pracy
Rozniecaj w „Narodzie“.

12. A braterstwu plemion
Takiéj dodaj siły,
Aby nam powstała
Unija z téj mogiły.

Dr. S.

„Pàty sjezd lékařův a přirodozpytcův polskych ve Lvově“. Pod tym tytułem napisał w „Czasopiśmie lekarzów czeskich“ sprawozdanie obszerne ze zjazdu Vgo lek. i przyrodn. polsk. we Lwowie sympatyczny nasz gość na zjeździe, Docent Dr. Chodounsky. Sprawozdanie to wyszło zbroszurowane w osobnéj odbitce, którą otrzymaliśmy niedawno;

jestto nader treściwe sprawozdanie naukowe ze wszystkich sekcyjnych i obu ogólnych posiedzeń zjazdu.

„Nowiny lekarskie“, których pojawienie się zapowiedziane zostało w zeszycie piątym Wiad. lek. na 1 stycznia 1889, opuściły prasę i zostały jako numer okazowy rozesłane prawie wszystkim lekarzom jeszcze w grudniu. Jest to okazały numer, w którym oprócz 7 prac oryginalnych, 1 spostrzeżenia z praktyki, znajdują się liczne oceny i sprawozdania ze wszystkich gałęzi nauk lekarskich.

Format, druk i układ, nie pozostawiają nic do życzenia a cena nader przystępna (bo u nas w Austryi 5 złr. rocznie), tak, że to nowe czasopismo powinno obok innych polskich znajdować się w ręku każdego lekarza polskiego. Zazdrościć tylko możemy Kolegom w W. ks. Poznańskiem, że na szczupłą stósunkowo ilość lekarzy Polaków — tylu mają przedstawicieli władających piórem i uprawiających dzielnie niwę lekarsko-literacką.

Fundusz wdów i sierót po lekarzach.

Zamiast przesyłania życzeń noworocznych, złożyli w Redakcyi Wiad. lek. na fundusz wdów i sierót po lekarzach: Dr. L. St. Kossak (Lwów) 5 złr., Dr. Ostafiński (Stanisławów) 2 złr. i Dr. Kalisz (Tuchów) 1 złr., razem 8 złr., które doręczyliśmy skarbnikowi „Tow. lek. galic.“ — kol. A. Littichowi. Jak widać z czasopism codziennych, jakoteż z „Przeglądu lek.“ i „Wiad. lek.“, zaczyna chwalebny zwyczaj składania datków na humanitarne cele, zamiast rozsyłania powinszowań świątecznych lub noworocznych, rozpowszechniać się, i w roku bieżącym złożono na fundusz wdów i sierót po lekarzach kwotę dosyć znaczną, a miejmy nadzieję, że co rok kwota ta będzie znaczniejszą i przyczyni się z czasem znacznie do osłodzenia gorzkiej doli wdów i sierót po naszych kolegach.

Organizacyja służby zdrowia w naszym kraju miała już dwukrotnie być przedmiotem rozpraw w naszym sejmie — t. j. w r. 1887 i w r. 1888. Nie wchodząc w powody, dlaczego w innych krajach naszéj Monarchii sprawa ta była już traktowaną a u nas mimo zapowiedzi nie weszła do sejmu, uważamy za stósowne poruszyć na tem miejscu sprawę, interesującą b. żywo cały ogół lekarzy. Sądzimy mianowicie, że w r. 1889 zostanie już raz nareszcie sprawa organizacyi służby zdrowia w przyszłéj kadencyi sejmowéj wniesioną i roztrząsaną. Ponieważ to chodzi o nas i o nasze najżywotniejsze interesa, ponieważ radzą nad tem i radzić będą o nas ale bez nas, nie mamy bowiem Izb lekarskich, któreby nasze interesa zastępować miały; przeto zdaje nam się, że winniśmy sami wziąść w téj mierze inicyjatywę, poruszać tę sprawę w Towarzystwach lekarskich, dyskutować nad nią, a ewentualnie powzięte uchwały, wnioski lub życzenia, za pośrednictwem Zarządów naszych Towarzystw, lub za pośrednictwem deputacyi ad hoc wybranéj lub w inny jaki sposób przedłożyć i rządowi i ciału ustawodawczemu do uwzględnienia. Nadto, jak to już w zeszycie ostatnim wspominaliśmy, powinniśmy starać się wziąść czynny i gorliwy udział w wyborach do Sejmu, i starać się przeprowadzić kilku zdolnych kolegów jako posłów do Sejmu, aby tam byli rzecznikami naszego stanu i naszych interesów.

Z Drukarni Ludowej we Lwowie, pod zarządem St. Baylego.